

Report of the Doctor

01. Name:

02. Age:

Lenses Power

03. Foldable Intra Ocular Lenses -

04. Non Foldable Intra Ocular Lenses -

05. Name of the Doctor and Signature with rubber stamp:

.....
.....
.....
.....
.....

ලිපිනය : II අදියර, D කොටස, සෙන්ටிரිපාය, බත්තරමුල්ල.
முகவரி : 2ஆம் மாடி , தொகுதி D, செந்திரிபாய் - கட்டம் II பத்தரமுல்லை.
Address : 2nd Floor , Block D , Nelthiripaya - II Stage , Baththaramulla.
ජ-මේල්/ඊ-මෙයල්/ E-mail : nsmm@baththaramulla.lk

දුරකථන / தொலைபேசி/ Telephone:
අධ්‍යක්ෂ / பணிப்பாளர் / Director : 0113094543
කාර්යාලය / அலுவலகம் / Office : 0113094544
ෆැක්ස් / பெக்ஸ் / Fax :